【6】共有すべき医療事故情報「セントラルモニター受信患者違い」（第１６回報告書）について

（1）発生状況

第１６回報告書分析対象期間（平成２０年１０月～１２月）において、セントラルモニター受信患者間違いに関連した事例が１件報告され、「共有すべき医療事故情報」として取り上げた。これまで、類似の事例は、平成１８年に１件、平成２０年に１件、平成２１年１月～９月までに１件報告された。平成２１年に報告された１件は、本報告書分析対象期間（平成２１年７月～９月）に報告された事例であった。

（2）事例概要

セントラルモニター受信患者間違いに関連した事例は、いずれも当該患者の心電図として表示された別の患者の心電図を見て、当該患者に何らかの治療・処置を行ったものである。その事例３件の概要を以下に示す。

事例１

患者は、腎センターに入室し、モニター装着後、透析を開始した。約３時間後、看護師はモニター上でＶＰＣの連発を発見した。患者の血圧も低下していたため、医師に報告し、医師はモニターを見て、リドクイック５０mg を投与した。透析終了後、血圧を確認しモニターを外した際、心電図が他患者のものであったことが判明した。

事例２

患者Ａの心電図は､送信機を使用しセントラルモニターに表示されていた。心電図をモニターする必要のある患者Ｂが入院してきたため、機能上の理由により、患者Ｂは患者Ａが使用していた送信機を使用し､患者Ａは別の送信機とセントラルモニターを使用することとした｡この時、看護師は、患者Ａの心電図を受信するためのチャンネル番号を変更し忘れた。

その２日後、セントラルモニターに表示された患者Ａの心電図波形（実際には患者Ｂの波形）を見て、患者Ａに一時ペーシングを行った。終了後、患者Ａとして表示されていた心電図は、患者Ｂのものであり、患者Ｂの心電図波形が両方のモニターに表示されていたことがわかった。

利便性や故障時の対応等のため、送信機は複数の受信機に送信が可能であった。

病棟内に電波が受信しやすい場所と受信し難い場所があり、病棟に複数あるモニターが１箇所に配置されていなかった。医療機器類の請求やメンテナンスを病棟ごとに師長が行っていた。

事例３

当該病棟では、複数のセントラルモニターを使用して病棟患者の心電図をモニタリングしていた。

看護師は、転棟予定の患者Ｃの心電図モニターを表示するため、セントラルモニターを設定する際、送信機のチャンネル番号を間違えて入力した。入力した番号は、患者Ｄが使用していたため、セントラルモニターには患者Ｃの心電図としても表示された。患者Ｃとして表示された心電図（実際には患者Ｄの心電図）に心室性不整脈を認めたため、医師の指示により、患者Ｃにリドカインを静脈投与した。

（３）事例の背景要因について

事例が発生した医療機関の背景要因として、以下が報告されている。

① 当該病棟では、１台のセントラルモニターでは患者の心電図が表示できないため、複数のセントラルモニターを並行して使用していた。

② 異なるセントラルモニターで、同じチャンネル番号の心電図を表示していることの機械的な確認難しい状況であった。

③ ①及び②の結果としてセントラルモニターにより表示している心電図のチャンネルが重複していた場合、それに気付きにくい環境であった。

（４）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

① 心電図モニターを装着するときは、送信機とセントラルモニターのチャネル番号が一致していることを２名で確認する。

② セントラルモニターに登録する送信機のチャネル番号を固定する。

③ 機器類の管理は、当該病棟を最初に順次、中央管理とし、チャンネル管理者を配置する。

④ 病棟内の電波の受信状況を調査した。

⑤ 心電図モニターの取扱説明書をメーカーから取り寄せ、機器に配置した。

（５）まとめ

セントラルモニターの使用においては、当該事例のように設定時に間違えが発生した場合、その間違えを発見する機会が少ない。そのため、正しく設定する方法や手順を確立することが必要であり、報告された３事例の医療機関においてもそのための取り組みを行っている。

今後も、引き続き注意喚起するとともに、類似事例発生の動向に注目していく。